Tumeurs du médiastin



I- Rappel Anatomique :

Le médiastin est l'espace médio thoracique situé entre les 2 poumons

A. Il Est Limité :

- En avant par le plastron sterno costal
- En arrière par le rachis et les gouttières costo vertébrales
- Latéralement par les plèvres médiastines
- En bas par le diaphragme
- En haut par l'orifice cervicothoracique

B. Il Est Divisé

1- En 3 Compartiments Dans Le Plan Antéropostérieur :

- Médiastin antérieur : en avant de l'axe tracheo bronchique
- Médiastin moyen : dans le plan de cet axe
- Médiastin postérieur : en arrière de l'axe tracheo bronchique

2- En 3 Etages De Haut En Bas :

- Médiastin > : au dessus de la crosse de l'aorte
- Médiastin moyen : entre la crosse de l'aorte et la carène
- Médiastin < : sous la carène

II- Circonstances De Découverte :

A. Syndromes médiastinaux :

Ils traduisent l'irritation, l'envahissement ou la compression d'un ou plusieurs organes du médiastin.

1. Atteinte veineuse

Syndrome cave > du à la compression de la VCS avec

- Cyanose de la face, œdème du cou et en pèlerine
- Turgescence des veines jugulaires
- Céphalée, vertiges, bourdonnement d'oreille
- Circulation veineuse collatérale préthoracique

2. Atteinte bronchique : trachée ou bronche souche

- Dyspnée souvent inspiratoire avec cornage et tirage
- Toux sèche quinteuse

3. Atteinte nerveuse :

a) Récurrent gauche : dysphonie, voix bitonale

b) Nerf phrénique : hoquet, ascension de l'hémicoupole, immobile [illegible]

c) Sympathique cervical : syndrome de Claude Bernard Horner (ptosis, myosis, enophtalmie)

d) Sympathique dorsal : hypersudation unilatérale

e) Plexus brachial (C8-D1) : douleur scapulaire irradiant à la face interne du membre > avec troubles sensitifs

4. Atteinte du canal thoracique : chylothorax
5. Atteinte œsophagienne : dysphagie

B. Anomalies extra thoraciques :

Certaines associations ont une valeur diagnostique :

1) Myasthénie, hypogammaglobulinémie, anémie, érythroblastopenie, poly myosite, myopathie, ... ⇒ thymome
2) Maladie de RECKLINGHAUSSEN ⇒ neurinome
3) Erythème noueux ⇒ sarcoïdose

C. Radiographie thoracique systématique :

C'est une situation assez fréquente car de nombreuses pathologies médiastinales peuvent être latentes.

Iii. Examens Complémentaires :

A. Radiographie thoracique de face + Profil

Elle retrouve une opacité à limites externes nettes se raccordant en pente douce avec le médiastin et à limite interne noyée dans le médiastin. Elle permet le repérage topographique de l'opacité.

B. Scanner thoracique

Permet de mieux préciser la localisation de la lésion, ses rapports avec les éléments de voisinage et sa structure (tissulaire, liquidienne, aérienne, graisseuse, calcique)

C. L'IRM : indiquée dans :

- Les lésions proches du rachis
- Les lésions qui envahissent le cœur ou la paroi thoracique

D. Autres examens : en fonction du contexte

- Endoscopie bronchique ou digestive
- Echographie endoesophagienne
- Dosage des marqueurs tumoraux

IV- Diagnostic Etiologique Des Lésions Du Médiastin Antérieur :

A. Etage > et moyen

1. Goitre endothoracique :

a. Signes cliniques: souvent asymptomatique parfois dyspnée avec tirage et stridor (bruit inspiratoire)

b. **Radiographie** : opacité paratrachéale homogène, retro sternale > dont la limite > se perd dans l'ombre cervicale (avec ou non déformation de la trachée et existence ou non de la calcification)

c. La TDM thoracique :
Confirme le diagnostic

d. **Le traitement** : souvent chirurgical

2. **Lésions thymiques** :
Le plus souvent étage antéro supérieur et moyen

a. Dystrophie thymique bénigne :
- Hypertrophie simple
- thymolipome
- Kyste du thymus

b. **Carcinome thymique, tumeurs carcinoïdes**

c. **Thymome lymphoèpithelial** : le plus fréquent
- Asymptomatique ou révélé par un syndrome médiastinal, une manifestation extra thoracique associée la plus fréquente étant la myasthénie.
- La TDM thoracique : indispensable pour préciser le caractère invasif ou non du thymome
- Histologie : coexistence de contingent cellulaire épithélial malin et de contingent lymphocytaire
- Le classement se fait en fonction de la prédominance de chaque contingent
- Traitement : chirurgical sauf s'il existe des métastases

3. **Tumeurs germinales du médiastin** :
Sont composées de tissus adultes (matures) ou embryonnaires immatures

a. Tératomes bénins ou kystes dermoides
- Contiennent des tissus divers adultes matures (dent, sébum, poils, os)
- Terrain : enfant, adolescent
- TDM évocatrice : plage de densité liquidienne et graisseuse associées à des calcifications
- TRT : chirurgical

b. Seminome malin :
Homme jeune, le traitement = chirurgie avec radiothérapie

c. **Dysembryome malin immature**
- Haute malignité
- Homme jeune
- Clinique : syndrome médiastinal parfois gynécomastie

B. Etape < :

Etiologies Des Opacités De L'étage Inférieur Du Médiastin Antérieur

Diagnostic	Fréquence	Aspect à la radiographie standard	Aspect tomodensitométrique thoracique	Commentaire
Kyste pleuro-péricardique	+++	Aspect homogène arrondi de l'angle cardiophrénique plus rarement à l'étage moyen	Densité hydrique	Echographie pouvant être contributive
Frange graisseuse péricardique	+++	Opacité bilatérale, prédominant souvent à droite	Densité graisseuse	Sujet souvent obèse cure chirurgicale inutile
Hernie rétro-xiphoïdienne	++	Opacité souvent paramédiane droite Clarté gazeuse fréquente variable d'un cliché à autre	Variable selon le contenu de la hernie	Cure chirurgicale souhaitable Le sac herniaire à un contenu variable épiploon, parfois colon, rarement foie, estomac
Thymome ectopique	Rare	Masse volumineuse intéressant aussi l'étage moyen du médiastin antérieur	Densité cellulaire, en fait souvent hétérogène : thym lipome, thymome kystique	thoracotomie indispensable
Fibrome pleural	Très rare	Mobile avec les changements de position	Densité cellulaire	Thoracotomie indispensable
Adénopathie diaphragmatique	Rare	peu Spécifique	Densité cellulaire	Souvent dans le cadre d'une maladie de hodgkin évoluée
Pleurésie enkystée	+	En fait régulièrement associée à d'autres anomalies pleurales : cul de sac comblé	Densité hydrique	L'antécédent de pleurésie a pu passer inaperçu

V. Diagnostic Etiologique Des Lésions Du Médiastin Moyen

A. Adénopathies médiastinales :

Opacités arrondies, homogènes, polycycliques à contours Le scanner permet l'étude de touts les aires ganglionnaires et recherche les lésions associées (tumeur pulmonaire lyse osseuse....).

1. ADP médiastinales bénignes

a. la sarcoïdose :

Maladie fréquente souvent latente de l'adulte entre 20 et 40 ans. Au télé thorax adénopathies bilatérales, symétriques de siège hilaire et parfois latero trachéal

b. La tuberculose :

Primo infection avec adénopathie unilatérale et chancre D'inoculation

c. Autre affection :

Histoplasmose, cocci dioidomycose, MNI, rubéole, toxoplasmose

Pneumoconiose : silicose, bérylliose

2. ADP médiastinales malignes :

a. Lymphomes :

- La maladie de hodgkin : hémopathie maligne caractérisée par la présence de cellule de REED-STERNBERG. Prédominance légèrement féminine avec 2 pics de fréquence 30 et 70 ans

Les formes médiastinales isolées sont rares

- Le LNH

Les formes médiastinale isolées sont plus fréquentes, douleurs fréquentes. Il s'agit d'ADP hautes, laterotrachéales gauches et droites elargissant le médiastin en cheminée, le plus souvent bilatérales mais asymétriques à contours polycycliques, volumineuses + souvent compressives que le LH

b. Les ADP métastatiques :

Le plus souvent bilatérales de siège ubiquitaire compressives

Le cancer primitif est le plus souvent pulmonaire (une volumineuse image médiastino pulmonaire est plus évocatrice de CPC) il est parfois locorégional : larynx, œsophage, sein, thyroïde, à distance : testicule, rein digestif et prostate.

B. les kystes broncho géniques : rares kystes congénitaux médiastinaux le plus souvent latents.

Leur aspect est évocateur : masse liquidienne arrondie à bords nets et à contact étroit avec l'axe trachéo bronchique.

Le risque évolutif est la compression progressive des structures broncho vasculaires

La chirurgie est systématique, elle retrouve une formation à contenu mucoide mastic à paroi interne revêtue d'une structure bronchique normale.

VI. Diagnostic Etiologique Des Lésions Du Médiastin Inferieur :

A. Tumeur neurogéne :

a. Neurinome (schwanome)

b. méningocéle (rare)

c. Tumeurs sympathiques

- Gonglioneurome (benin) : adolescent
- Neuroblastome (malin)+++ : petit enfant

B. Pathologie de l'œsophage :

Kyste digestif paraoesophogien, tumeur

C. Tumeurs des parois du médiastin

a. Fibrome pleural bénin

b. Abcès d'origine vertébrale (mal de POTT)

c. Kyste hydatique